

Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig

Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap
Remissversion

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Förord

I detta dokument ger Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för prioriteringar i hälso- och sjukvården i händelse av katastrofsituationer och krig. Sådana händelser förväntas kunna leda till att vårdens resurser inte kan möta vårdbehoven trots förstärkande åtgärder. Detta kan bero på en långvarig brist eller att många insjuknar eller skadas samtidigt.

Syftet är att stödja regioner och kommuner i svåra prioriteringssituationer så att högt prioriterad vård inte ska riskera att ransoneras före lågt prioriterad vård. Stödet syftar också till att vara en vägledning för hälso- och sjukvårdens beredskap på nationell, regional och lokal nivå. Bland annat som en grund för nationella masskadeplaner och triagesystem.

Kunskapsstödet syftar även till att minska etisk stress och öka transparensen med hjälp av bland annat grundläggande regler och principer samt ett verktyg för prioriteringar. Detta visar vårdpersonalen att svåra beslut fattas likartat över landet på goda grunder och på ett enhetligt sätt.

Dokumentet vänder sig till alla som fattar beslut om fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser och gäller för prioriteringar på gruppnivå i alla led – från den övergripande inriktningen till prioriteringar inom en avgränsad verksamhet i vården.

Behjälpliga i arbetet med detta kunskapsstöd har bland annat varit Prioriteringscentrum, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Försvarsmakten, professions- och specialistorganisationer samt patientföreträdare. Projektledare för kunskapsstödet på Socialstyrelsen har varit Anders Berg.

Generaldirektör
Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Samma etiska principer men strängare prioriteringar	7
Pröva alternativen och sänk inte vårdkvaliteten mer än nödvändigt	7
Prioritera tillgång till vård efter behov	8
Ett kunskapsstöd för prioriteringar i katastrofsituationer och krig	8
Prioritera, fördela och ransonera hälso- och sjukvårdens resurser	10
Pröva alternativen innan kvaliteten i vården sänks!.....	11
Ransonera inte vård längre än nödvändigt och ompröva kontinuerligt	11
Viss vård behöver särskilt beaktas.....	11
Kommunicera grunderna för prioriteringarna	11
Hantera etisk stress hos vårdpersonalen	12
Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig	13
Den humanitära rätten i krig	13
Etiska plattformen för prioriteringar	14
Riktlinjer för högt prioriterad vård	16
Nationell modell för öppna prioriteringar	16
Verktyg för prioritering av vård i katastrofsituationer och krig	17
Prioritera med hjälp av verktyget	17
Kompletterande vägledning för prioriteringar i specifika situationer	21
1. Prioritering i en masskadesituation.....	21
2. Prioritering vid evakuering av ett sjukhus.....	22
3. Prioritering vid akut brist på kritiska sjukvårdsprodukter	23
4. Sänkt vårdkvalitet vid akut störning i den tekniska infrastrukturen	24
Att implementera kunskapsstödet	26
Att implementera effektivt	26
Exempel på risker och svåra frågor	28
Etiska principer för prioriteringar för en jämlik vård.....	29
Ordlista.....	30

Sammanfattning

I detta dokument ger Socialstyrelsen vägledning i form av ett kunskapsstöd för att prioritera vård i katastrofsituationer och krig, om situationen utvecklas så att behovet av vård vida överstiger de tillgängliga resurserna. Stödet syftar även till att vara ett underlag för hälso- och sjukvårdens beredskap såväl nationellt, regionalt som lokalt i frågor om prioriteringar. Kunskapsstödet innehåller

- viktiga bestämmelser och utgångspunkter för prioriteringar i hälso- och sjukvården (se från sida 8)
- ett verktyg för att prioritera vård vid katastrofsituationer och krig (se från sida 17)
- ett kompletterande stöd för prioriteringar i specifika situationer, som i en masskadesituation eller vid brist på en kritisk hälso- och sjukvårdsprodukt (se från sida 21).

Samma etiska principer men strängare prioriteringar

De etiska principer som ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården gäller såväl i fredstid som i krig. Prioriteringar i fredstida katastrofsituationer och krig ska därför ske mot samma etiska grund som gäller vid normala förhållanden. Det innebär bland annat att

- prioriteringar endast får ske mot bakgrund av det medicinska behovet av vård, där patienter med störst behov ges högst prioritet
- ingen åtskillnad i prioriteringen får ske mellan patienter utifrån ålder, kön, nationalitet, funktion i samhället eller liknande
- ingen åtskillnad får göras mellan civila patienter, den militära personalen eller fienden i ett krig.

Katastrofsituationer och krig kan däremot innebära stora omställningar för hälso- och sjukvården. En omfattande obalans mellan de tillgängliga sjukvårdsresurserna och det akuta vårdbehovet kan leda till stränga och mycket utmanande prioriteringar.

Pröva alternativen och sänk inte vårdkvaliteten mer än nödvändigt

Hälso- och sjukvården behöver pröva alla möjligheter att frigöra de resurser som krävs för att upprätthålla vårdkvaliteten. Det innebär att utröna alternativen såväl inom som utanför den egna regionen eller kommunen. I lägen där vårdkvaliteten trots förstärkande åtgärder inte kan upprätthållas är det centralt att kontinuerligt ompröva beslutade prioriteringar och att inte fördöja vården mer än absolut nödvändigt.

Prioritera tillgång till vård efter behov

Prioritera betyder att ge företräde åt.^[1] Varje gång det fattas beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val. Vissa patienters behov av vård prioriteras framför andra patienters behov. Att prioritera är dock inte bara en fråga om att välja utan kan också vara en fråga om att välja bort.^[2]

Prioriteringar har alltid förekommit i hälso- och sjukvården, uttalat eller uttalat, med eller utan angivande av grunder. Prioriteringar äger i själva verket rum hela tiden på alla plan inom vården. Det har alltid varit nödvändigt att ställa olika behov och krav mot varandra. Det gäller allt från övergripande politisk resursprioritering till de beslut som fortlöpande tas i den kliniska vardagen.^[3]

Vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården är utgångspunkten alltid vilka resurser som finns tillgängliga, exempelvis personal, utrustning, läkemedel, sjukvårdsmateriel och lokaler. Även i goda tider är resurserna för hälso- och sjukvård begränsade. Det ligger i sakens natur att ju större resursknappheten är, desto mer kännbara blir prioriteringarna. Behovet av prioriteringar blir tydligare i tider då skillnaden mellan tillgängliga resurser och vårdbehoven ökar.^[4] I tider av krig eller vid andra katastrofer kommer de vårdbehov som finns normalt att kvarstå, samtidigt som det tillkommer behov av att kunna omhänderta ett mycket stort antal andra sjuka eller skadade. Med begränsade resurser kommer gapet mellan det samlade vårdbehovet och de tillgängliga resurserna att öka markant.

Ett kunskapsstöd för prioriteringar i katastrofsituationer och krig

I detta dokument ger Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för prioriteringar i katastrofsituationer och krig med utgångspunkt i de prioriteringsprinciper som normalt råder. Det samlade stödet innehåller

- relevanta bestämmelser och utgångspunkter för prioriteringar i hälso- och sjukvården
- ett verktyg för att prioritera vård vid katastrofer och krig
- ett kompletterande stöd för prioriteringar i specifika situationer, som vid en masskadesituation eller vid brist på en enskild kritisk sjukvårdsprodukt.

➔ **Läs mer** från sida 26 om hur kunskapsstödet kan implementeras i en verksamhet

^[1] NE

^[2] Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården s. 11 f.

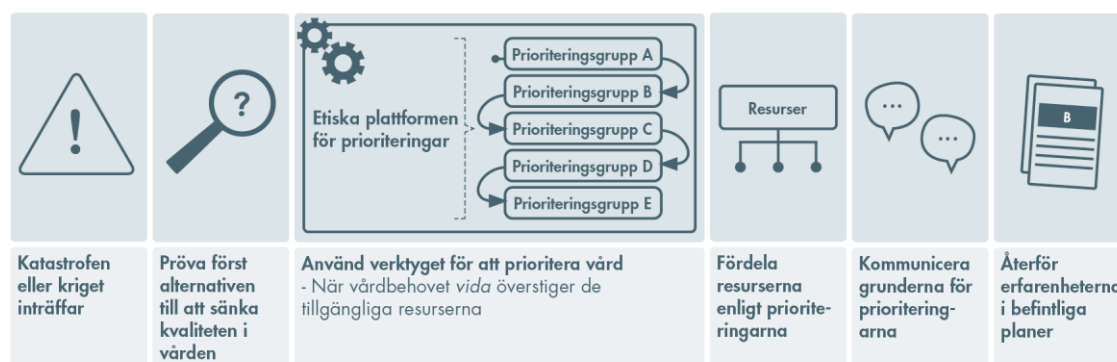
^[3] Aa s. 12.

^[4] Aa s. 12.

Kunskapsstödet vänder sig till alla som fattar beslut om fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser vid katastrofsituationer och krig där prioriteringarna i hälso- och sjukvården riskerar att bli mycket utmanande.

Syftet är i första hand att ge vägledning för övergripande prioriteringar vid allvarliga och omfattande händelser, för att säkerställa att hälso- och sjukvårdens prioriteringar sker på ett likartat sätt.

Prioritera hälso- och sjukvård i katastrofsituationer och krig

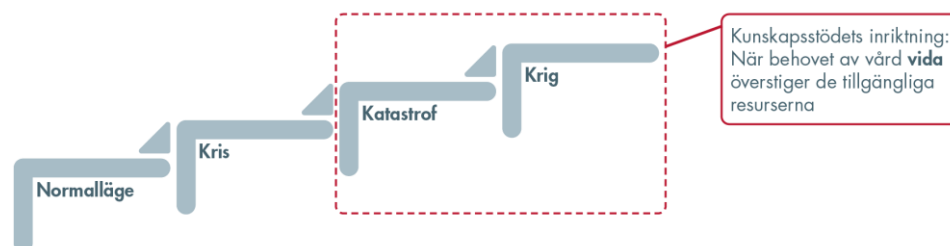


Kunskapsstödet syftar också till att ge vägledning om hälso- och sjukvårdens prioriteringar *in*för katastrofsituationer och krig, som en del i beredskapsarbetet såväl nationellt, regionalt som lokalt. Det samlade stödet kan även vara vägledande *efter* sådana händelser, till exempel i planeringen för att möta katastrofens eller krigets konsekvenser, som vid uppdämda vårdbehov.

Prioriteringar när vårdbehoven *vida* överstiger de tillgängliga resurserna

Med katastrofsituation avses i detta dokument en situation där tillgängliga sjukvårdsresurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet. En situation där belastningen är så hög att normala kvalitetskrav för medicinsk behandling inte längre kan upprätthållas, trots att förstärkande åtgärder har vidtagits.

Det handlar därmed om situationer med en obalans mellan resurser och vårdbehov. En katastrofsituation kan uppstå både vid en plötslig ökning av vårdbehoven, som vid en masskadesituation när de tillgängliga resurserna snabbt slås ut, och vid en mer gradvis resursbrist, som vid långdragna konflikter. I detta kunskapsstöd för prioriteringar uttrycks detta som att behovet av vård kan komma att *vida* överstiga de tillgängliga resurserna.



I prioriteringshänseende saknar det betydelse om den inträffade händelsen är orsakad av ett väpnat angrepp eller en fredstida katastrof. Vid ett väpnat

angrepp är det däremot sannolikt att obalansen mellan resurser och vårdbehov blir större. Detta som en konsekvens av de olika situationer som kan inträffa samtidigt i ett krig, som masskador, avbrott i infrastrukturen och störningar i leveranser.

En katastrofsituation skiljer sig från andra fredstida kriser där tillgängliga resurser kan vara otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav för medicinsk behandling. Om en inträffad händelse utvecklar sig till en katastrofsituation är därmed beroende av hur stor skillnaden är mellan vårdbehoven och de tillgängliga sjukvårdsresurserna.

Prioritera, fördela och ransonera hälso- och sjukvårdens resurser

När skillnaden mellan de tillgängliga resurserna och vårdbehoven ökar kraftigt kan det krävas omfördelning av resurser och patienter – vilket i sin tur kan medföra att viss vård behöver ransoneras. Ransoneringen kan ske på olika sätt, till exempel genom att man

- skärper indikationen så att patienten behöver ha ett svårare hälsotillstånd än normalt för att få tillgång till en åtgärd
- skjuter fram vården i tiden
- ger vård med lägre patientnytta
- ger mindre av vården eller slutar att erbjuda vården helt.

Hälso- och sjukvården kan ransonera vård på alla dessa sätt för att frigöra resurser, beroende på hur stor resurstillgången är. Det är dock viktigt att bedöma om en fördröjd eller utebliven vård ger upphov till en irreversibel försämring för patienten, och hur allvarlig försämringen i så fall är. Det är också viktigt att försöka bedöma hur fort en försämring kan tänkas ske, och om det blir mycket mer resurskrävande att behandla patienten vid ett senare tillfälle. I vissa fall kan det då vara bättre att prioritera åtgärden högre och inte fördröja vården, eller att ge patienten tillgång till en mindre resurskrävande insats som kan minska denna risk.

Obalansen mellan vårdbehov och resurser kan i viss utsträckning kompenseras genom omfördelning och ökat utnyttjande av tillgängliga resurser. Dessutom måste en välgrundad prioritering ske på alla vårdnivåer och i alla led av omhändertagandet.

→ **Läs mer** från sida 30 om vanligt förekommande termer vid prioritering i hälso- och sjukvården

Pröva alternativen innan kvaliteten i vården sänks!

För att undvika situationer där vård behöver ransoneras för att frigöra resurser och där vårdkvaliteten riskerar att försämrats, behöver regioner och kommuner först se över de tillgängliga alternativen. Det innebär bland annat att

- först pröva möjligheterna att frigöra de resurser som krävs för att upprätthålla vårdkvaliteten *inom* regionen eller kommunen
- därefter undersöka möjligheterna till att vården kan ges i *andra* regioner eller kommuner, med bättre resurstillgång.

Ransonera inte vård längre än nödvändigt och ompröva kontinuerligt

En långt utdragen ransonering kan leda till stora uppdämda vårdbehov. Därför är det viktigt att bara fördröja vården medan katastrofen eller kriget pågår och den tid som kan krävas innan vårdkapaciteten är återställd.

Även konsekvenserna av att ransonera viss vård kan förändras över tid, bland annat när lågt prioriterade patientgruppers hälsotillstånd förvärras. Det är därför viktigt att kontinuerligt pröva redan beslutade prioriteringar på nytt.

Viss vård behöver särskilt beaktas

Hälso- och sjukvården behöver särskilt beakta vissa insatser, även för de patientgrupper som får sin vård ransonerad, så långt det är möjligt givet katastrofen eller kriget. Det handlar om att erbjuda

- symtombehandling för de patientgrupper som får sin vård ransonerad
- en god palliativ vård i livets slutskede för de patientgrupper som får sin vård ransonerad och som inte längre kan erbjudas palliativt livsförlängande behandling.

Genom att planera för att kunna erbjuda dessa insatser även i katastrofsituationer och i krig så säkerställs att patienter inte lämnas helt utan vård. Det följer att palliativ vård generellt kan behöva prioriteras högt, och resurser kan behöva tas från annan hälso- och sjukvård.

Kommunicera grunderna för prioriteringarna

De som beslutar om fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser behöver tydligt kommunicera på vilket sätt katastrofsituationen eller kriget påverkar hälso- och sjukvårdens prioriteringar. De grundläggande etiska principerna för prioriteringar behöver vara kända bland personal och ledning på alla

nivåer i hälso- och sjukvården. Även patienter, närstående och befolkningen i stort behöver vara trygga i att prioriteringar i vården sker på medicinskt och etiskt goda grunder också i extraordinära lägen.

I katastrofsituationer och krig kan regioner och kommuner i bästa fall kommunicera till dessa grupper genom vedertagna kanaler. I denna kommunikation är det viktigt att det tydligt framgår när patienterna ska söka vård, så att de med akuta livshotande tillstånd inte undviker att söka vård vid behov.

Särskild vikt kan behöva läggas vid att kommunicera med de patientgrupper som har sämre möjlighet att söka vård av olika skäl, och att nå de grupper som har en nedsatt förmåga att ta till sig information.

Hantera etisk stress hos vårdpersonalen

Hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppleva stor etisk stress i samband med de svåra situationer som kan uppstå och de beslut som kan komma att krävas i samband med en katastrof eller ett krig. Etiskt väl underbyggda riktlinjer kan minska den etiska stressen genom att vårdpersonalen kan få stöd i att svåra beslut fattas på goda grunder och att detta inte sker godtyckligt. Utöver det kan stressen för personalen minskas med

- ett öppet samarbetsklimat om till exempel lokala riktlinjer, med möjlighet att lyfta etiska frågor
- stöd till ledarskapsfunktioner, så att dessa i sin tur kan ge stöd till personalen
- organiserat samtalsstöd och handledning.

Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig

Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.¹ Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.² Enligt förarbetena ska dessa etiska principer – *människovärdesprincipen* och *behovs- och solidaritetsprincipen* – utgöra grunderna för prioriteringar i vården.³

Den hälso- och sjukvård som ges ska vara av god kvalitet och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁴ Det innebär bland annat att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god vård ska kunna ges.⁵ En god vård innebär också att en patient snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt.⁶ I förarbetena motiveras införandet av detta krav med att det är svårt att tillämpa de etiska principerna vid prioriteringar utan en bra första bedömning av patientens hälsotillstånd.⁷

De ovan redovisade bestämmelserna gäller såväl i fredstid som i krig. Det innebär att de etiska principer för prioriteringar som gäller vid normala förhållanden i fredstid även gäller i fredstida katastrofsituationer och i krig. Likaså ska den vård som ges i sådana situationer vara förenlig med en god och säker vård och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den humanitära rätten i krig

När det gäller prioriteringar av vårdbehövande i krig finns även bestämmelser inom den humanitära rätten (krigets lagar) som måste beaktas. Enligt Genèvekonventionerna ska sårade och sjuka få den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver, oavsett om de är stridande eller civila eller vilken part i konflikten de tillhör. Ingen åtskillnad får göras mellan dem av andra skäl än medicinska. Förtur till vård mellan sårade och sjuka får endast grundas på trängande medicinska skäl.⁸

¹ 3 kap. 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

² 3 kap. 1 § andra stycket, HSL.

³ Prop. 1996/97:60 s. 40 f.

⁴ 5 kap. HSL, 3 kap. och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PL, samt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL.

⁵ 5 kap. 2 § HSL.

⁶ 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.

⁷ Proposition 2013/14:106 Patientlag s. 113 och prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

⁸ Artikel 12 i Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 angående förbättrande av sårades och sjukas behandling vid stridskrafterna i fält (GKI), och artikel 10 i Tilläggsprotokoll I till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i internationella väpnade konflikter (TPI). Detta gäller även i icke-internationella väpnade konflikter, se §764–765 i ICRC, Commentary on the First Geneva Convention: Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 2nd edition, 2016, <https://ihl-data-bases.icrc.org/ihl/full/GCI-commentary> samt regel 110 i "Customary International Humanitarian Law", två volymer: Volume I: Rules, Volume II: Practice (två delar), Jean-Marie Henckaerts och Louise Doswald-Beck, Cambridge University Press, 2005

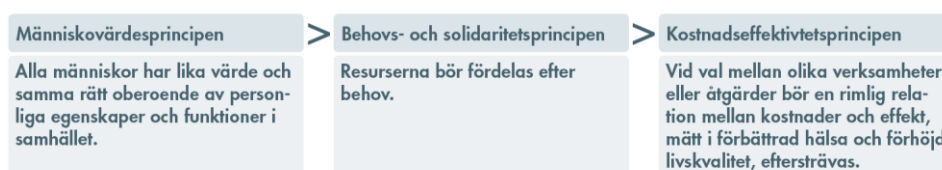
Enligt Internationella Rödakorskommittén (ICRC) klargör denna bestämmelse att andra faktorer än trängande medicinska skäl inte kan motivera förtur till vård. Av detta följer att militära behov aldrig får åberopas för att motivera sådana åtskillnader.

Vad som närmare utgör trängande medicinska skäl anges inte i den humanitära rätten. Enligt ICRC är det allmänt accepterat att det är reglerna för medicinsk etik och accepterade standarder för den medicinska professionen som styr dessa beslut. Enligt ICRC är dock principerna för medicinsk triage förenliga med syftet i den humanitära rätten, och de är också i enlighet med medicinsk etik. Principerna för medicinsk triage syftar till att uppnå ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser för att gagna det största antalet av skadade som har bäst chans att överleva.

Mot denna bakgrund måste det tillåtna kriteriet om "trängande medicinska skäl" tolkas så att det omfattar medicinska skäl både på individ- och grupp-nivå – och därmed också användningen av medicinsk triage, förutsatt att det endast utförs av medicinska skäl.⁹

Etiska plattformen för prioriteringar

Prioriteringar i hälso- och sjukvård utgår från den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen, som bygger på följande tre grundläggande etiska principer:¹⁰



Dessa tre principer är rangordnade i relation till varandra så att människovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna.

Människovärdesprincipen

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras, och att ingen är förmer än någon annan. Det relevanta vid prioriteringar är att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället, utan till själva existensen. Människovärdesprincipen kan betraktas som en grundläggande likabehandlingsprincip som ger övergripande vägledning för vad som *inte* får ligga till grund för

⁹ § 1421-1425 ICRC, Commentary on the First Geneva Convention: Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 2nd edition, 2016, <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/full/GCI-commentary>), och , §451-454 I ICRC:s kommentarer till TPI, 1958.

¹⁰ Prop. 1996/97:60 s.18.

prioriteringar av vård. Det är istället den enskildes medicinska behov av vård som ska styra prioriteringar inom vården.¹¹

Behovs- och solidaritetsprincipen

Att alla har lika rätt och lika värde räcker inte som grund för prioriteringar i vården. När prioriteringar ska göras är det nödvändigt att göra en bedömning av olika patienters behov.¹² Med behov avses såväl hälsorelaterade som livskvalitetsrelaterade behov. Det är därför viktigt att vid prioriteringar göra en sammanvägning av båda dessa behov.¹³

I behovsbegreppet finns också den medicinska nyttoaspekten inbyggd. En patient anses endast ha behov av åtgärder som medför medicinsk nytta. Mot-satt gäller att en patient inte har behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten.¹⁴ En patient har större behov ju svårare sjukdomen eller skadan är, eller ju sämre livskvaliteten är till följd av skadan eller sjukdomen. Det yttersta kravet på nyttan inom hälso- och sjukvården är att de medicinska beslut som tas alltid ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt dokumenterade goda resultat.¹⁵

Begreppet solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan efter att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt, det vill säga att alla ska nå bästa möjliga hälsa- och livskvalitet.¹⁶ Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste, de som av olika skäl har svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan tillvarata sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.¹⁷

Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda.¹⁸

Kostnadseffektivitetsprincipen

Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.¹⁹ En kostnadseffektiv verksamhet är något som principiellt är eftersträvansvärt, eftersom det innebär att resurserna används på bästa sätt och att resurserna kan komma flera till del.²⁰

Vid prioriteringar innebär kostnadseffektivitetsprincipen att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader, i form av insatta resurser av olika slag, och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.²¹ Eftersom behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen ska svåra

¹¹ Aa s. 24.

¹² Aa s. 17.

¹³ Aa s. 18.

¹⁴ Aa s. 17.

¹⁵ Aa s. 18.

¹⁶ Aa s. 20.

¹⁷ Aa s. 20.

¹⁸ Aa s. 20 f.

¹⁹ 4 kap. 1 § HSL.

²⁰ Prop. 1996/97:60 s. 22.

²¹ Aa s. 18 och 21.

sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ges högre prioritet än lindrigare, även om vården av svåra tillstånd drar väsentligt större kostnader.²²

Riktlinjer för högt prioriterad vård

I propositionen²³ redovisas även riktlinjer med exempel på vad som är högt prioriterad vård baserat på de etiska principerna. Det handlar om

- vård av livshotande akuta sjukdomar och skador
- vård av sjukdomar och skador som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- vård av svåra kroniska sjukdomar
- palliativ vård och vård i livets slutskede
- vård av människor med nedsatt autonomi.

I propositionen understryks även att vårdbehovet – i varje enskilt fall – måste bedömas utifrån förutsättningar i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad hos en och samma patient vid olika tidpunkter, och därmed förändras även behovet av vård.²⁴

Nationell modell för öppna prioriteringar

Principerna i den etiska plattformen har operationaliserats i den nationella modellen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården²⁵, som används av ett stort antal statliga myndigheter, regioner och andra vårdaktörer. I den nationella modellen har behovsbegreppet brutits ner i två dimensioner: svårighetsgraden hos hälsotillståndet och patientnyttan (eller effekten) av åtgärden. Begreppet patientnytta är valt för att betona att den effekt eller nytta som en åtgärd kan ge är kopplad till den individuella patienten.

Med hjälp av den nationella modellen kan man rangordna olika kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder, och ge dem olika hög prioritet. Rangordningen utgår från

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens patientnytta
- evidensen eller kunskapsunderlaget för patientnyttan
- åtgärdens kostnadseffektivitet
- evidensen eller kunskapsunderlaget för kostnadseffektiviteten.

²² Aa s. 54.

²³ Aa s. 31.

²⁴ Aa s. 32.

²⁵ Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning; Linköpings universitet; 2017.

Verktyg för prioritering av vård i katastrofsituationer och krig

Här presenteras Socialstyrelsens verktyg för att prioritera och därmed kunna fördela och ransonera vårdens resurser i händelse av en katastrof eller ett krig, om situationen utvecklas så att behovet av vård vida överstiger de tillgängliga resurserna inom olika områden. Sådana situationer kan kräva att resurser så som personal, utrustning, läkemedel, sjukvårdsmateriel och lokaler omfördelas eller ransoneras för att kunna möta högt prioriterade vårdbehov, något som i sin tur kräver att annan vård får stå tillbaka. Ransoneringen kan ske på olika sätt (se avsnittet *Prioritera, fördela och ransonera hälso- och sjukvårdens resurser*), men bör fortsatt ske likvärdigt för alla som är aktuella för vårdinsatsen.

Verktyget består av fem övergripande prioriteringsgrupper (se figur 3) utifrån den etiska plattformen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). I prioriteringsgrupperna uttrycks vårdbehovet som en kombination av hälsotillståndets svårighetsgrad och patientnyttan av åtgärden, i linje med den nationella modellen för prioritering i hälso- och sjukvård.²⁶ Verktyget är tänkt att ligga till grund för prioriteringar på gruppnivå och beredskap nationellt, regionalt eller lokalt för att ytterst säkerställa att högt prioriterad vård inte ska riskeras att ransoneras före lågt prioriterad vård. Ett annat sätt att uttrycka detta på är att hälso- och sjukvården även i katastrofsituationer och krig ska kunna fortsätta bedriva den vård som inte kan anstå.

Figur 3. Prioriteringsgrupp A-E

Att ransonera denna vård leder till en **låg** påverkan på livskvalitet eller livslängd

Att ransonera denna vård leder till en **hög** påverkan på livskvalitet eller livslängd



Prioritera med hjälp av verktyget

Tillämpa verktyget så här:

- Börja med prioriteringsgrupp A och gå igenom samtliga steg där. Om det finns flera alternativ inom samma grupp, börja med att ransonera vård inom det första alternativet (A1).
- Om det är nödvändigt, gå till prioriteringsgrupp B och gör samma sak där, och så vidare. Gå så långt som resursbristen kräver.

²⁶ Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso-och sjukvård: ett verktyg för rangordning; Linköpings universitet; 2017.

Prioriteringsgrupp A

Vård som med stor sannolikhet kan ransoneras utan att patienternas hälsotillstånd försämras, eller när det fortfarande är möjligt att behandla senare utan att det påverkar behandlingsresultatet.

Ransonera denna vård i följande ordning:

1. Tillståndet har en liten påverkan på livskvaliteten och är spontant övergående eller försämras inte. Vården har en liten patientnytta och kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patienternas lidande blir förlängt. Patienterna kan i de flesta fall också utföra egenvård för att lindra tillståndet. För dessa tillstånd förväntas konsekvenserna för patienterna förbli små även om ransoneringen sker under en längre tid.
2. Tillståndet kan på lång sikt ha en stor till mycket stor negativ påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården ges i förebyggande syfte, men en fördröjd vård påverkar inte nämnvärt behandlingsresultatet för tillståndet på kort sikt. Om katastrofsituationen eller kriget pågår under en längre tid kan prioriteringen behöva omvärderas.
3. Tillståndet har en måttlig påverkan på livskvaliteten, men kan behandlas symtomatiskt och försämras inte. Vården kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patienternas lidande blir förlängt. Om situationen pågår under en längre tid kan prioriteringen behöva omvärderas beroende på hur effektiv den symtomatiska behandlingen är.
4. Tillståndet har en stor påverkan på livskvaliteten, men kan behandlas symtomatiskt och försämras inte. Vården kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patienternas lidande blir förlängt. Om situationen pågår under en längre tid kan prioriteringen behöva omvärderas beroende på hur effektiv den symtomatiska behandlingen är.

Prioriteringsgrupp B

Vård som kan ransoneras utan att det leder till akut livshotande hälsotillstånd, men som innebär en försämrad livskvalitet för patienterna under tiden som vården är ransonerad. Patientnyttan kan vara försämrad men är fortfarande god när vården väl ges.

Ransonera denna vård i följande ordning:

1. Tillståndet riskerar att försämras och få en måttlig påverkan på livskvaliteten, som dock helt eller delvis kan behandlas symtomatiskt. En fördröjd vård innebär en sämre patientnytta. I detta fall blir tidsperspektivet i relation till försämringen viktig att väga in eftersom det dels kan

- leda till att patienterna övergår till en annan prioriteringsgrupp, dels att patientnyttan kan försämrans.
2. Tillståndet riskerar att försämrans och få en stor påverkan på livskvaliteten, som dock helt eller delvis kan behandlas symtomatiskt. En fördröjd vård innebär en sämre patientnytta. I detta fall blir tidsperspektivet i relation till försämringen viktig att väga in eftersom det dels kan leda till att patienterna övergår till en annan prioriteringsgrupp, dels att patientnyttan kan försämrans.

Prioriteringsgrupp C

Vård som har en liten patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården kan ransoneras utan att det allvarligt försämrar patienternas situation.

Ransonera denna vård i följande ordning: Ju mindre vården förväntas påverka patienternas livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransonering.

Observera: Vård i prioriteringsgrupp C har i normalfallet endast en liten påverkan på patienternas tillstånd, exempelvis en marginell livskvalitetsförbättring eller en marginell livsförlängning, även om tillståndet har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Patienterna har behov av god symtomatisk eller palliativ vård (se avsnittet *Viss vård behöver särskilt beaktas*). Beroende på tidsperspektivet kan detta innebära att patienterna hinner avlida i sitt sjukdomstillstånd vilket bör vägas in.

Prioriteringsgrupp D

Vård som har en måttlig patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonering av vård innebär större negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för förtida död.

Ransonera denna vård i följande ordning: Ju mindre vården förväntas påverka patienternas livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransonering.

Observera: Om man ransonerar vård i prioriteringsgrupp D för att frigöra resurser för annan vård, kan det i vissa fall innebära att man ransonerar vård av patienter i en del av hälso- och sjukvården för att frigöra resurser för patienter med likvärdiga behov och möjligheter att gagnas av vården i en annan del av hälso- och sjukvården. Detta kräver en noggrant samordnad prioriteringsbedömning för att få en rimlig och enhetlig prioritering mellan olika verksamheter i vården. I kapitlet *Kompletterande vägledning för prioritering i specifika situationer* finns det viss utökad vägledning för situationer som

kräver prioritering mellan patienter som alla befinner sig i prioriteringsgrupp D eller E.

Prioriteringsgrupp E

Vård som har en stor till mycket stor patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor eller mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonering innebär stora negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för förtida död.

Ransonera denna vård i följande ordning: Ju mindre vården förväntas påverka patienternas livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransonering.

Observera: Undvik ransonering inom prioriteringsgrupp E så långt det är möjligt. En tillfällig ransonering kan övervägas om en tillfällig fördröjning kan frigöra resurser för lika angelägen vård, och om det kan ske utan att behandlingsmöjligheten försämras. Om resursläget är sådant att även en mer långvarig ransonering anses nödvändig på denna nivå I kapitlet *Kompletterande vägledning för prioritering i specifika situationer* finns det viss utökad vägledning för situationer som kräver prioritering mellan patienter som alla befinner sig i prioriteringsgrupp D eller E.

Kompletterande vägledning för prioriteringar i specifika situationer

Detta kapitel ger en fördjupad vägledning för prioriteringar i vissa specifika situationer utifrån den etiska plattformen för prioriteringar – ett komplement till *Verktyg för prioritering av vård i katastrofsituationer och krig*. De situationer och scenarier som beskrivs har valts ut för att de kan vara särskilt utmanande utifrån ett prioriteringsperspektiv. Dessa är:

1	2	3	4
Masskadesituation	Evakueringsituation	Produktbrist	Störning i infrastrukturen

Observera: Dessa situationer kan uppträda tillsammans i en faktisk katastrof eller krigssituation. Till exempel kan vårdkvaliteten i vissa fall behöva sänkas (situation 4) även vid en masskadesituation (situation 1).

1. Prioritering i en masskadesituation

Scenario: En del av Sverige har utsatts för ett väpnat luftangrepp där skadepanoramata innefattar många döda och flera hundra personer med allvarliga och livshotande skador, men också ett större antal med mer lindriga skador. Bland de skadade finns både civila personer och militär personal. Risken för fortsatta angrepp är hög. Ett stort antal av de skadade behöver snabba kirurgiska åtgärder, och en relativt stor andel av den mer allvarligt skadade gruppen skulle behöva intensivvård. I den uppkomna masskadesituationen översvämmer antal allvarligt skadade patienter vida den omedelbart tillgängliga resursen.

Situationen omfattar ett stort antal personer som alla har behov av vård enligt prioriteringsgrupp D eller E. Samtidigt överstiger antalet patienter de omedelbart tillgängliga vårdresurserna i närområdet. Det behöver göras en prioritering av

- vilka patienter som har det största behovet av de tillgängliga vårdresurserna
- i vilken utsträckning andra vårdresurser kan mobiliseras
- om patienter kan transporteras dit, och i så fall enligt vilken prioriteringsordning.

I masskadesituationer används begreppet triagering som innebär en initial sortering och prioritering av patienter till olika vårdnivåer. I en sådan situation är målet att åstadkomma god patientnytta för så många svårt skadade

patienter som möjligt, i linje med bland annat World Medical Associations (WMA) etiska riktlinjer.²⁷

Prioritera så här

När det gäller en masskadesituation med många akuta, allvarliga och livshotande skador, så tillhör de i stor utsträckning prioriteringsgrupp D eller E. I linje med prioriteringsverktyget kan man i en sådan situation behöva omprioritera resurser för att kunna utöka möjligheten att omhänderta dessa patienter. Trots det kan det i vissa fall uppstå situationer där de tillgängliga resurserna inte är tillräcklig för att möta det aktuella vårdbehovet. I enlighet med den etiska plattformen ska den tillgängliga resursen fördelas efter vårdbehov och till dem som har störst behov. Prioritera så här i en sådan situation:

- **Patienter med olika svåra tillstånd:** Prioritera patienter med svårare tillstånd, under förutsättning att insatsen inte endast har en marginell patientnytta i form av förbättrad livskvalitet och förlängd överlevnad.
- **Patienter med lika svåra tillstånd:** Prioritera patienter som man bedömer kan uppnå den största patientnyttan i termer av förbättrad livskvalitet och förlängd överlevnad, i följande ordning:
 1. patienter med god prognos för förväntad överlevnad
 2. patienter med god prognos för att man ska kunna åtgärda en allvarlig påverkan på livskvaliteten, såsom funktionsförmågan
 3. patienter med sämre prognos för ovanstående.

Observera: Patienter som får sin vård nedprioriterad lämnas inte utan vård utan erbjuds symtombehandling såsom smärtlindring.

2. Prioritering vid evakuering av ett sjukhus

Scenario: I samband med ett terroristangrepp har ett sjukhus med ett större antal slutenvårdsplatser börjat brinna. Elden har fått snabb spridning och ett större antal vårdavdelningar med allvarligt sjuka patienter kommer snart att drabbas och patienterna behöver evakueras till en annan vårdenhet utanför sjukhuset på kort tid.

Vid en katastrof eller ett krig kan det till exempel på grund av en brand bli nödvändigt evakuera ett sjukhus. En sådan evakuering sker enligt befintliga planer och syftar till att tillgodose patienternas behov av transporter med vårdinsatser under och efter evakueringen. I samband med en katastrof eller ett krig kan man dock behöva evakuera en slutenvårdsinrättning mer akut och under tidspress. Då måste man göra en avvägning mellan vilka patienter som är högst prioriterade och vilka som är möjliga att evakuera under dessa pressade förutsättningar.

²⁷ Punkt 8.2.2 i WMA Statement On Medical Ethics In The Events Of Disasters

Prioritera så här

Hälso- och sjukvården förbereder evakueringen av slutenvårdsinrättningen genom att analysera vilka patientgrupper som är i behov av transportabel medicinteknisk utrustning. Analysen omfattar även hur stort detta behov generellt är för att man ska kunna bibehålla den existerande vårdinsatsen och i möjligaste mån vårdkvaliteten.

Det kan dock uppstå situationer där de tillgängliga sjukvårdsresurserna inte är tillräckliga trots att man vidtar åtgärder som omfördelning och förstärkning. Prioritera så här i en sådan situation:

1. Prioritera i första hand patienter där utrustningen är nödvändig för att patienterna inte ska hamna i ett akut livshotande tillstånd, och där patienterna riskerar en substantiell förlust i termer av förlorad livskvalitet och livslängd om behandlingen avbryts.
2. Prioritera i andra hand patienter där utrustningen är nödvändig för att avvärja ett akut livshot, men där förlusten av livskvalitet och livslängd är mer marginell om behandlingen avbryts.
3. Prioritera patienter lägre än ovanstående grupper om behandlingen tillfälligt kan fortsätta med en annan portabel utrustning eller ingen alls – om inte detta medför en påtaglig försämring av tillståndet.

3. Prioritering vid akut brist på kritiska sjukvårdsprodukter

Scenario: Under en långvarig global kris har det börjat uppstå leveransproblem för ett antal kritiska läkemedel som är väsentliga för ett antal olika patientgrupper. Lagren av läkemedel börjar ta slut och det är i nuläget svårt att förutse när lagren kan fyllas på igen.

I samband med långvariga katastrofer och krig kan det uppstå situationer där det råder brist på kritiska sjukvårdsprodukter som läkemedel eller medicintekniska produkter. En katastrofsituation eller ett krig som pågår under en längre tid kan, trots god förberedelse och lagerhållning, leda till situationer där det uppstår en bristsituation som kräver prioritering mellan olika patientgrupper i behov av samma sjukvårdsprodukt.

Prioritera så här

Prioritera så här när det uppstår en brist på en enskild kritisk resurs för att behandla olika patientgrupper:

1. Överväg i första hand om behandlingen som kräver den aktuella produkten kan förskjutas i tid för någon patientgrupp utan att patientnyttan påverkas negativt.
2. Överväg i andra hand om produkten kan ersättas med ett alternativ med något sämre patientnytta, eller ges med en lägre dosering (med samma konsekvens för patientnyttan) för någon patientgrupp. Detta gäller främst för patientgrupper som har ett mindre vårdbehov av produkten på grund av ett mindre svårt tillstånd.

Vid val mellan patientgrupper som har lika hög svårighetsgrad: Prioritera patientgrupper med större vårdbehov av sjukvårdsprodukten på grund av en större patientnytta.

4. Sänkt vårdkvalitet vid akut störning i den tekniska infrastrukturen

Scenario: I samband med ett väpnat angrepp har elförsörjningen i området slagits ut. Det lokala sjukhuset måste gå över till reservkraft. Tillgängliga reservaggregat kan lösa större delen av elförsörjningen, men de delar av sjukhusets verksamhet som har ett stort behov av elkraft riskerar att belasta reservsystemet på ett sätt som kräver att man minskar belastningen i andra delar av sjukhuset. Den elintensiva verksamheten är framför allt kopplad till avancerade insatser för svårt sjuka patienter.

I samband med en katastrof eller ett krig kan den tekniska infrastrukturen påverkas på ett sätt som gör att det uppstår en bristsituation. Det kan handla om att elsystemet, vattentillgången eller IT-systemet påverkas. Leveranser av medicintekniska produkter och läkemedel etc. kan också påverkas. En sådan bristsituation påverkar stora delar av systemet och kan inverka menligt på möjligheterna att bedriva vård, oavsett vilket vårdbehov patienterna har.

Detta kan komma att kräva prioriteringar mellan olika patientgrupper. Den begränsade infrastrukturresursen kan ransoneras för att upprätthålla vården för patienter med störst behov. Resursen prioriteras i enlighet med prioriteringsgrupperna A-E i prioriteringsverktyget.

Samtidigt kan det finnas insatser för högt prioriterade grupper som kräver en sådan omfattning av den aktuella resursen att de kan ses som mindre kostnadseffektiva. För att frigöra infrastrukturresurser till fler patientgrupper kan man då överväga om sådan vård kan ransoneras till förmån för mindre resurskrävande insatser som fortfarande har rimlig patientnytta. Detta innebär att man accepterar en något sämre patientnytta för dessa grupper för att möjliggöra insatser med patientnytta för ett större antal patienter som har lika svåra eller mindre svåra tillstånd.

Vårdkvaliteten kan sänkas på olika sätt

I en situation där infrastrukturresurserna inte räcker till att försörja all vård kan det finnas skäl att överväga om man kan bedriva vård med minskad men fortfarande rimlig patientnytta (i relation till normalsituationen) och därmed sprida ut den begränsade resursen. Detta under förutsättning att den vård som ges är förenlig med en god och säker vård och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sänkt vårdkvalitet kan i detta fall innebära

- behandlingar med något sämre patientnytta
- behandlingar utan full tillgång till information eller diagnostik för patienten
- manuell, mer invasiv kirurgi, även om robotkirurgi hade varit bättre för patienten

- överbeläggningar alternativt kraftigt minskad personal per vårdenheter, även om det påverkar patientnyttan negativt.

Att implementera kunskapsstödet

I det här kapitlet får du som fattar beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården vägledning inför arbetet med att omsätta och implementera det samlade stödet för prioriteringar i katastrofsituationer och krig i en verksamhet. Det handlar om att

- säkerställa att prioriteringarna i hälso- och sjukvården är systematiska och transparenta även då vårdbehovet vida överstiger de tillgängliga resurserna
- minska risken för etisk stress hos vårdpersonalen genom att visa att prioriteringarna kommer att ske på ett enhetligt sätt.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika åtgärder och patientgrupper.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan vara mycket utmanande, men samtidigt att det kan ske både planerat och framgångsrikt.²⁸ Här följer några viktiga steg i processen med att arbeta såväl förebyggande som akut med prioriteringar:

1. Analysera verksamheten.
2. Sätt mål.
3. Motivera personalen.
4. Säkra nödvändiga resurser.
5. Se till att kunskapsstödet används.
6. Håll liv i kunskapen.

1. Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt med utgångspunkt i det samlade stödet för prioriteringar i katastrofsituationer och krig med hjälp av följande frågor:

- Hur ser vår nuvarande beredskap ut för vård vid katastrofer och krig?
- Finns det områden som ofta ransoneras vid resursbrist, utan att detta kan motiveras utifrån gällande etiska principer?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget i dag?
- Utifrån verktyget för att prioritera vård i katastrof och krig: Vilka vårdåtgärder har lägst prioritet för olika tillstånd? Vilka åtgärder bör ha högst prioritet?
- Vad vill vi särskilt ska ske i katastrof och krig? Exempel: Att vården endast ransoneras den tid som är absolut nödvändig.
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera principerna? Vad kan hindra det?

²⁸ Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.

2. Sätt mål

Sätt upp tydliga och mätbara mål. Målen ska leda till att verksamheten är väl rustad för att man snabbt ska kunna identifiera och prioritera mellan vårdområden i händelse av katastrofer och krig. Ett delmål kan vara att de etiska principerna för prioriteringar är väl kända bland alla i personalen. Arbetet kan till exempel innebära att ni tillsammans i verksamheten tar fram planer och ser över utbud och åtgärder:

- Ta fram beredskapsplaner för hur personalen ska prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i katastrofer och krig.
- Kvalitetssäkra verksamhetens utbud.
- Utmönstra ineffektiva åtgärder.

3. Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan med att arbeta med prioriteringar på ett mer strukturerat och transparent sätt och vill ta till sig kunskapen. Alla behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Exempel på sätt att klargöra nyttan:

- Fördjupa diskussionen med personalen om vilka etiska principer som gäller för prioritering, så att alla utgår från samma etiska grund.
- Argumentera för vad som är viktigast utifrån de etiska principerna.
- Förtydliga hur principerna är till hjälp för personalen: ”Om alla hjälps åt att öka kunskapen om grunden för prioriteringar, så kan vi minska risken för etisk stress och arbetet blir lättare.”.

Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda.

4. Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för beredskapsarbetet. Personal kan till exempel behöva utbildas och det kan behövas nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att redan nu omfördela och i vissa fall utmönstra ineffektiva åtgärder. Genom att använda resurserna mer effektivt kan ni avsätta mer resurser till verksamheternas beredskap.

5. Se till att kunskapsstödet används

Prioriteringar i vården kan vara mycket svåra, särskilt då vårdbehovet vida överstiger de tillgängliga resurserna, som vid katastrofer eller krig. Personal kan känna sig obekväma och osäkra på att till exempel behöva ställa olika patienter och patientgrupper mot varandra. För att förebygga detta kan du, utöver att erbjuda utbildning, löpande öva svåra prioriteringar tillsammans med personalen som en del av beredskapsarbetet.

Både organisationen och invanda handlingsmönster kan behöva förändras. I ett normalläge kan det vara svårt att få personalen att sluta använda metoder som till exempel har visat sig ineffektiva. På samma sätt kan det vara svårt att få personalen att sluta använda en viss metod som skulle kunna ransoneraras endast till vissa grupper i katastrofsituationer eller krig. Om du har klart

för dig vilken nytta det gör att ransonera en viss metod kan du använda den analysen för att förklara nyttan med en förändring och motivera personalen.

6. Håll liv i kunskapen

För att bibehålla kunskapen hos personalen om prioriteringar i extrema situationer, så behöver du följa upp och säkerställa kunskapen löpande. Det gäller för såväl ny som erfaren personal i verksamheten. Följ upp och förankra innehållet i beredskapsplanerna och säkerställ att resurskrävande metoder som utmönstrats inte börjar användas igen.

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* och i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi*.^{29 30}

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera då vårdbehoven vida överstiger de tillgängliga resurserna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Svårt att prioritera mellan olika sjukdomsområden

Olika sjukdomsområden kan vara mycket svåra att prioritera mot varandra vid en så kallad horisontell prioritering. Det är vanligt att områden med högst prioritet får alla – eller en oproportionerligt stor andel av resurserna – under lång tid. Lågt prioriterad vård riskerar därför att hamna allt längre bort från det önskade läget, med stora uppdämda vårdbehov som följd. Du behöver därför kontinuerligt se över de prioriteringar som är gjorda och vara beredd på att omvärdera dem, bland annat utifrån konsekvenserna av att viss vård får stå tillbaka under en lång tid.

Vissa sjukdomar har lägre status än andra

Du som fattar beslut om prioriteringar i vården behöver vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter.^{31 32} Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir i regel högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och drabbar män eller behandlas av män.

²⁹ Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.

³⁰ Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder, rapport 2016:2 i CMT:s rapportserie. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016.

³¹ Hofmann, B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52-60.

³² Norredam, M, Album, D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007; 35(6):655.

Du som ska implementera det samlade stödet för prioriteringar i katastrofsituationer och krig, bör tänka på de olika lågstatusjukdomar som kan förekomma i din verksamhet.

Teknik har hög status och prioriteras ofta högt

Det finns en tendens att verksamheter prioriterar metoder eller aktiviteter som bygger på teknik i högre utsträckning än de som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan nya, bättre metoder har kommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare [3]. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Förebyggande åtgärder för att till exempel förbättra levnadsvanor får redan i ett normalläge ofta stå tillbaka för åtgärder som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Etiska principer för prioriteringar för en jämlik vård

Din verksamhet och andra beslutsfattande nivåer i hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser utifrån den etiska plattformen för prioriteringar, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60) och uttrycks i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). De etiska principerna ska bland annat bidra till en behovsstyrd och jämlik vård i såväl fredstid som krig.

Hälsan och vården i Sverige är dock ännu inte jämlik.³³ Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling.³⁴ Dessa skillnader riskerar att bli ännu större om vårdbehoven vida överstiger de tillgängliga resurserna. Detta kunskapsstöd är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

➔ **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger ytterligare stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se www.liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

³³ Öppna jämförelser 2020 - Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.

³⁴ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021

Ordlista

Här redogör vi för begrepp som förekommer vid prioritering så som de beskrivs i Prioriteringscentrums rapport *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning*: Linköpings universitet; 2017. I detta kunskapsstöd för prioriteringar avses samma innebörd för dessa begrepp.

Observera: När det gäller begreppen *prioritering*, *ransonering* och *effektivisering* visar erfarenheten att språkbruket inom hälso- och sjukvård kan skilja sig åt. Här används begreppet prioriteringar enbart för själva rangordningen. Beslut måste sedan tas om hur rangordningen ska påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården.

Prioritering – Att prioritera innebär att rangordna olika alternativ. Rangordningen visar vilka alternativ som ska sättas före och vilka alternativ som får stå tillbaka i en resursfördelning.

Ransonering – En aktivitet som begränsar möjligheten att optimalt tillgodose behov. Ransonering innebär alltid någon grad av försämring för de patienter som den riktas mot.

Effektivisering – En aktivitet som tillgodoser behov till samma nivå som tidigare men med en lägre resursförbrukning än förut. Alternativt en aktivitet som bättre tillgodoser behoven med en resursförbrukning som är lika eller lägre än alternativen. En effektivisering innebär aldrig en försämring för de patienter som berörs.

Rationalisering (optimering) – Samlingsterm för åtgärder som sätts in för att effektivisera en verksamhet, antingen genom att producera mer med givna resurser eller genom att minska resursåtgången för ett givet resultat.

Öppen prioritering – En prioritering där prioriteringsbeslut, grunderna och konsekvenserna är tillgängliga och kan förklaras för alla som önskar ta del av dem.

Hälsotillstånd – Begreppet hälsotillstånd har en vid mening men innebär alltid en beskrivning relaterad till ohälsa. Det kan gälla

- konstaterad ohälsa
- kombinationer av olika sorts ohälsa
- misstanke om ohälsa
- risk för framtida ohälsa.

Hälsotillstånd kan anges på olika sätt beroende på sammanhang: som en diagnos, ett symptom, ett funktionshinder, ett multisjukt tillstånd etc.

Åtgärd – Begreppet *åtgärd* omfattar alla typer av insatser inom hälso- och sjukvård som riktas mot patienter inom medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och habilitering, såsom

- förebyggande åtgärder
- utredning, analys och diagnostik
- behandling
- uppföljning
- palliativ vård.

En åtgärd kan antingen innebära en enskild åtgärd eller vara en kombination eller kedja av åtgärder som åtgärdsprogram eller vårdformer.

Patientnytta – Begreppet patientnytta används för att markera att det är nytan ur patienters perspektiv som är viktig, i form av förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.